

Sol·licitud de targeta sanitària

1. Dades de la persona sol·licitant

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement: _____ / _____ / _____

Nacionalitat:

Document que us identifica: Passaport Document d'identitat Núm.:

Adreça: núm.: esc.: pis: porta:

Població: parròquia:

País: codi postal:

Telèfon: fax: correu electrònic:

2. Representant de la persona sol·licitant (si cal)

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

En qualitat de (pare, mare, tutor...):

IMPORTANT: Persones assegurades menors de 16 anys no hi poseu ni la fotografia ni la signatura.

Encoleeu en aquest lloc una fotografia recent de mida carnet.

Dins d'aquest espai heu de signar amb retolador negre.



4. Accepto

Que em dono per assabentat/ada dels drets i obligacions previstos per la normativa vigent i qualsevol incompliment a les disposicions donarà lloc a les sancions i responsabilitats corresponents.

5. Signatura

Lloc:

Data: / /

Protecció de dades. A l'efecte del que preveu la Llei qualificada 15/2003 de protecció de dades personals, us informem que les dades consignades en aquest document s'incorporen als fitxers de la CASS i poden ser tractades i comunicades d'acord amb el Decret, de 20 de setembre de 2006, que regula els fitxers de dades de caràcter personal de l'ens públic Caixa Andorrana de Seguretat Social, BOPA núm. 74, any 18, del 27/09/2006. En relació amb les dades esmentades, podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, en els termes que preveu la Llei qualificada 15/2003 de protecció de dades personals.

C. Joan Maragall, 3. AD500 Andorra la Vella. Tel. +376 870 870 Fax +376 860 986 www.cass.ad cass@cass.ad

Informació complementària: Àrea d'atenció al públic  143 a/e public@cass.ad

Pàg. 1 de 1